

BULLETIN INSCRIPTION-RESERVATION SERVICE TRANSPORT

NOM : _____
 PRÉNOM : _____
 DATE DE
 NAISSANCE : _____
 CO/ : _____
 ADRESSE : _____
 CODE POSTAL : _____
 LIEU : _____
 COURRIEL : _____
 TÉL PRIVÉ : _____

Type de soins : Dialyse
 Chimio-Radiothérapie
 Autres : _____

Lieu de soins : HUG
 La Tour HOGER
 Onex MV Santé Dialyse
 Autres : _____

Nom médecin traitant : _____

PORTABLE : _____

Je bénéficie des prestations sociales suivantes : *marquer d'une croix*

OCPA : Oui Non
 N° _____
 Personne de
 Référence : _____
Hospice Général : Oui Non
 Personne de Référence : _____

AVS / AI : Oui Non
 N° _____
 Personne de
 Référence : _____

Assurance maladie

Caisse : _____

N°assuré : _____

Type d'assurance : *marquer d'une croix*

Base
 Complémentaire pour transport : _____

Mobilité *marquer d'une croix*

Sans difficulté Avec des cannes À l'aide d'un appareil En chaise roulante
(indispensable de pouvoir faire le transfert entre la chaise et le véhicule)

Traitement

Jour et heure :

	MATIN		APRES-MIDI	
	Heure arrivée	Heure départ	Heure arrivée	Heure départ
Lundi				
Mardi				
Mercredi				
Jeudi				
Vendredi				
Samedi				

En signant ce document, je reconnais avoir pris connaissance des conditions générales du Club Transport AGIR en annexe et les accepter.

Fait à le

Signature

.....